Maia (R. J.)

THESE

THESE

DISSERTAÇÃO

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

DA ESOPHAGOTOMIA EXTERNA NOS CASOS DE CORPOS ESTRANHOS

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE

APRESENTADA A'

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

EM 6 DE NOVEMBRO DE 1896

E PERANTE ELLA SUSTENTADA

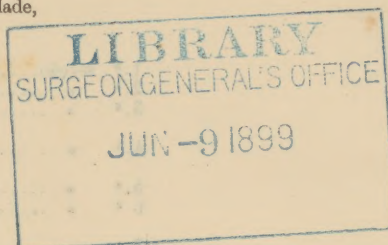
EM 16 DE JANEIRO DE 1897

PELO

Dr. Reinaldo Jayme Maia

(NATURAL D'ESTA CAPITAL)

Filho legitimo de Eduardo de Oliveira Maia e D. Maria Carlota Maia

Ex-interno da primeira cadeira de clinica cirurgica da Faculdade,
ex-interno effectivo do hospital da Misericordia.

RIO DE JANEIRO

TYPOGRAPHIA DO «JORNAL DO COMMERCIO», DE RODRIGUES & C.

59—61 RUA DO OUVIDOR 59—61

1897

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR—Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.
VICE-DIRECTOR—Dr. Francisco de Castro.
SECRETARIO—Dr. Antonio de Mello Muniz Maia.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs.:

João Martins Teixeira	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medicas.
Ernesto de Freitas Crissiuma	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira	Materia medica, Pharmacologia e arte de formular.
Pedro Severiano de Magalhães	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladisláu de Souza Lopes	Chimica analytica e toxicologica.
Augusto Brant Paes Leme	Anatomia medico-cirurgica.
Marcos Bezerra Cavalcanti	Operações e apparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria	Hygiene e Mesologia.
Antonio Rodrigues Lima	Pathologia geral.
João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica—2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Francisco de Castro	Clinica propedeutica.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro	Clinica cirurgica—1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Hilario Soares de Gouvêa	Clinica ophthalmologica.
José Benicio de Abreu	Clinica medica—2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro	Clinica pediatrica.
Nuno de Andrade	Clinica medica—1ª cadeira.

LENTES SUBSTITUTOS

Drs.:

1.ª secção	Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral.
2.ª »	Oscar Frederico de Souza.
3.ª »	Genuino Marques Mancebo e Luiz Antonio da Silva Santos.
4.ª »	Philogonio Lopes Utinguassú e Luiz Ribeiro de Souza Fontes.
5.ª »	Ernesto do Nascimento Silva.
6.ª »	Domingos de Góes e Vasconcellos e Francisco de Paula Valladares.
7.ª »	Bernardo Alves Pereira.
8.ª »	Augusto de Souza Brandão.
9.ª »	Francisco Simões Corrêa.
10.ª »	Joaquim Xavier Pereira da Cunha.
11.ª »	Luiz da Costa Chaves Faria.
12.ª »	Marcio Filaphiano Nery.

N. B — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas

DISSERTAÇÃO

On doit beaucoup exiger de celui qui se fait auteur par un sujet de gain et interêt ; mais celui que va remplir un devoir dont il ne peut s'exempter est digne d'excuse dans les fautes qu'il pourra commettre.

(LA BRUYÈRE)

Da esophagotomia externa nos casos de corpos estranhos

Antes de qualquer estudo do assumpto de nosso trabalho, assignalemos a esophagotomia como uma operação inventada para a extracção dos corpos estranhos do esophago e mais tarde applicada ao tratamento das coarctações d'esse orgão.

Deprehende-se d'ahi a divisão da esophagotomia em externa e interna, divisão esta racionalissima, porquanto ha differenças capitaes, não só em relação ás indicações, como tambem ao manual operatorio de ambas.

A esophagotomia externa tem por fim abrir o esophago de fóra para dentro; a interna visa justamente o contrario; consiste na secção do estreitamento de dentro para fóra com o auxilio de instrumento especial introduzido no esophago.

Além d'isso, a esophagotomia externa, como muito bem observa Duplay, póde ser considerada no numero das operações de urgencia; a segunda constitue um methodo curativo para os estreitamentos do esophago.

Existem differenças capitaes entre as duas operações, conforme os estados morbidos a que se destinam. Se especificamos, pois, no titulo da nossa these, o estado pathologico

que reclama a operação, quando já por si esta operação indica aquelle estado, foi porque a esophagotomia externa tambem póde ser praticada no intuito de attingir mais de perto as coarctações do esophago.

Terminada esta ligeira explicação, encetemos, sem mais preambulos, a nossa dissertação.

Quem história qualquer assumpto das sciencias medicas é naturalmente levado a buscar a origem nos escriptos do pai da medicina; mas a esophagotomia é muito posterior ás éras hippocraticas; o conhecimento d'essa operação data apenas de dous seculos e, segundo Terrier, indicada por Verduc no seculo XVII, só foi praticada pela primeira vez, muito mais tarde, no seculo XVIII, por Goursaud (pai) e Rolland.

Depois de Verduc, Hevin, quasi no meiado do seculo ultimo, em 1743, n'uma memoria sobre corpos estranhos do esophago aconselhou a mesma operação, e Guattani, em 1747, apresentou o primeiro trabalho conhecido sobre a esophagotomia. Continuou esta operação a ser estudada mais theorica do que praticamente, contando por isso mais adversarios que proselytos.

Em principio do nosso seculo, em 1820, appareceu em Piza uma memoria celebre, a de Vacca Berlinghieri, destruindo por completo as opiniões infensas á esophagotomia, mostrando claramente as indicações d'esta operação e provando a sua efficacia, sem o menor risco, pelo emprego do ectopesophago, instrumento de sua invenção.

Emquanto na America, Inglaterra e Italia a esophagotomia era praticada com feliz resultado, em França, depois de dous casos de Begin, em 1831, entrou n'um periodo

de decadencia; só mais tarde, depois do trabalho de Terrier (1870), renasceu o uso d'essa operação, sendo definitivamente adoptada na pratica da cirurgia.

*
* *

Ainda hoje, á maneira dos antigos, a nossa primeira idéa, diante d'um doente com um corpo estranho no esophago, é extrahil-o pela bocca ou impellil-o para o estomago. Ninguem pensa em retiral-o por uma via artificial; a esophagotomia fica de lado, quasi esquecida, apezar de ser operação bem estudada, intervenção cirurgica, cujo resultado final é satisfactorio, mormente depois da antisepcia.

Não condemnamos em absoluto os dous supra-indicados meios de tratamento, preferindo como *ultima ratio* a esophagotomia, mas julgamos, e com bons fundamentos, que as indicações para aquelles dous methodos são muito mais restrictas do que para a intervenção cirurgica.

Os auctores classicos não determinam bem as indicações dos tres meios de tratamento, e não raro aconselham a esophagotomia como recurso extremo, quando de todo improficuos os resultados dos dous primeiros meios. Consequencia talvez do estudo mais theorico que pratico da operação.

De grande importancia e de immenso valor para o cirurgião é o conhecimento exacto da natureza do corpo estranho, seu ponto de implantação, a data de sua introducção e os accidentes que póde determinar; o diagnostico firmado sobre estas bases mostrará as indicações precisas, para bem estabelecer o modo de tratamento.

Sem fallar, por ora, n'esses dados etiologicos e pathogenicos, cumpre-nos mostrar primeiro quaes as circum-

stancias em que se encontram os doentes, porquanto casos ha em que, embora a esophagotomia seja considerada por Duplay uma operação de urgencia, não o é, na accepção lata da palavra, pois outra, evidentemente muito mais urgente, a precede.

Apresentam-n'os o doente, ou logo após o accidente, ou algum tempo depois. No primeiro caso, se revela alterações physionomicas, symptomas graves de suffocação, face congestionada e logo depois cyanose manifesta, cumpre immediatamente, com os dedos ou com uma pinça curva, muito util em taes occasiões, procurar extrahir, se possivel fôr, do fundo da garganta o corpo estranho, alojado não raro no pharynge ou no seu isthmo.

Os symptomas produzidos pela stase dos corpos estranhos, quer na parte inferior do pharynge, quer na parte superior do esophago, são os mesmos, sendo commum o tratamento de ambos os casos.

Assim sendo, podemos, debaixo do ponto de vista clinico, reunir estas duas extremidades, reunião esta perfeitamente acceitavel, porquanto os symptomas dependentes da posição do corpo de delicto, em relação ás duas extremidades, são incontestavelmente iguaes.

Demais, se existe anatomicamente um limite entre a terminação do pharynge e o começo do esophago, tal limite é ficticio, por isso que a reunião d'esses dous orgãos é justificada pela physiologia e até mesmo pela embryologia.

Reconhecida a inefficacia d'esses meios, a mais e mais accentuados os symptomas, facto pouco vulgar, imminente a asphyxia, pondo em risco a vida do doente, resta apenas seguir o conselho de Habicot, praticar a tracheotomia.

Caso seja o corpo de superficie lisa, embora de con-

sistencia molle ou dura, devemos, antes de recorrer á tracheotomia, buscar impellil-o com um propulsor, para ponto mais baixo, de modo a alliviar da compressão o ponto em que elle se aloja, attenuando assim aquelles symptomas graves.

No doente, objecto de nossa 2ª observação, que entrou para o hospital completamente desorientado, aos gritos, com symptomas de suffocação, praticar-se-ia sem duvida a tracheotomia, se as tentativas de propulsão, feitas com o fim de recalcar o caroço de cambucá, não produzissem a deslocação d'esse corpo estranho para ponto mais baixo, attenuando d'est'arte aquelles symptomas e causando ao doente certa calma e bem-estar.

Na segunda hypothese, ha tempo para deliberar; os accidentes primitivos mais perigosos se têm dissipado, o que felizmente sóe acontecer na maioria dos casos, conservando-se apenas alguns outros de menor importancia, como sejam alteração na voz, deglutição difficil, dôr, etc., mas os accidentes secundarios podem apparecer de um momento para outro e, portanto, urge actuar o mais breve possivel.

A anamnesia e a exploração do esophago são, em synthese, os elementos para firmar o diagnostico.

Não merecem muito credito os commemorativos, porquanto trata-se não raro de crianças ou individuos de responsabilidade moral alterada, além da circumstancia de já se não achar o corpo no esophago, mas conservar-se a impressão, a exemplo do que observamos: Houve quem sentisse durante quatro dias a impressão de um corpo estranho (pilula taurina), apenas encalhado por alguns minutos. Duas a tres horas após á ingestão da pilula, obtinha-se o effeito purgativo; não podia, pois, haver duvida sobre a sua passagem para o estomago.

Não se infira d'ahi, porém, a pequena importancia da anamnesia para o diagnostico dos corpos estranhos do esophago; pelo contrario, esclarece importantes questões, devendo o cirurgião, para orientar-se, acceitar os commemorativos, sob resalva.

O exame directo traz quasi sempre a certeza no diagnostico.

Em geral, poucos são os corpos não susceptiveis d'um exame completo.

A palpação do pescoço, a inspecção do pharynge com o laryngoscopio, a exploração com o dedo, com a sonda esophagiana, com o resonador de Collin, empregado pela primeira vez por S. Duplay, são geralmente os meios mais usados para este exame.

O dilatador esophagiano de Trousseau tambem póde servir para esta exploração.

D'este dilatador, munido de pequena oliva de marfim, serviu-se o nosso distincto mestre, Sr. professor Oscar Bulhões, para diagnosticar a presença do corpo estranho no esophago de cada um dos doentes de nossas observações.

Uma vez reconhecida a presença do corpo estranho, podemos, antes de retirar o explorador, avaliar a distancia em que se acha o ponto de implantação d'esse mesmo corpo, marcando n'aquelle instrumento o ponto ao nivel da arcada dentaria superior.

Delicadeza nas explorações deve ser o cuidado do cirurgião; quanto mais antigo fôr o accidente, tanto mais paciencia devemos empregar n'este exame.

Estudado o diagnostico d'este estado morbido, voltemos ao nosso ponto de partida.

Nos casos que reclamam esophagotomia externa, muitas

vezes só do conhecimento exacto e bem determinado da natureza do corpo parado no esophago se originam apenas as indicações para esta operação ; no emtanto, muitos outros elementos entram em contribuição para bem firmar a intervenção cirurgica.

O esophago é, como sabemos, um conducto musculo-membranoso, destinado a dar, no estado normal, passagem a corpos solidos, semi-solidos e liquidos, de toda a natureza ; corpo algum por si mesmo goza do privilegio de ser estranho em relação a este conducto, assim como qualquer póde sel o, uma vez n'elle alojado ; na parada consiste o estado pathologico.

Sendo assim, a natureza dos corpos e a sua fórma podem variar ao infinito ; classificados os corpos quanto á consistencia—em molles e duros. Na maioria dos casos, ou são alimentos mal triturados, ou corpos que estão de mistura com elles.

As irregularidades e o volume dos corpos estranhos do esophago, a sua implantação em certos e determinados pontos do conducto esophagiano e principalmente a sua permanencia n'este canal causam accidentes tão graves, phenomenos tão importantes, que acarretam por si só, na maioria dos casos, a morte dos individuos victimas de taes accidentes.

Basta conhecer as relações entre o esophago e os importantes orgãos circumvisinhos, para avaliar o gráo de intensidade d'essas complicações.

Os tres estreitamentos normaes do esophago, pontos predilectos de implantação dos corpos estranhos d'este conducto, têm relações com a pleura esquerda, a trachéa, as auriculas, a aorta e a veia azygos.

Deprehende-se de taes relações, que as complicações

mais graves, motivadas pelas causas acima enumeradas, são as hemorrhagias e as suppurações, que interessam o tecido cellular do mediastino e os orgãos ahi contidos.

A morte é o factor quasi constante, como resultado final d'essas complicações.

Do exposto, resulta que não só ha grave perigo na presença de corpos estranhos nas vias digestivas superiores, como tambem ha necessidade de uma intervenção rapida e radical.

Examinemos agora os meios de tratamento proprios para livrar de tão incommodo hospede os individuos, por infelicidade, victimas de tal accidente.

São, em relação á maneira de proceder, tres os modos de obter a remoção do corpo estranho: — extracção pela bocca, propulsão para o estomago, extracção por via artificial.

Quando extrahir os corpos pela bocca? Quaes os corpos a impellir para o estomago?

Explanemos o assumpto.

A extracção dos corpos estranhos do esophago pela bocca seria excellente meio de tratamento, se, além de difficil execução, não dependesse de certas e determinadas circumstancias. Seria ainda o modo de tratamento preferivel, se não dependessem da delicadeza de mãos do operador e do bom tino cirurgico os beneficos resultados d'este processo. Mas, como é sabido, o esophago é um conducto musculo-membranoso, que, começando na parte inferior do pharynge, vai terminar no estomago, não tendo uma direcção rigorosamente vertical, sendo antes, como demonstra o professor Tillaux, obliqua e curvilinea. Elle occupa na origem a linha mediana e vai atravessar o diaphragma para a esquerda d'esta mesma linha.

Esse conducto, cuja direcção apontamos, possue obliquidade de cima para baixo e da direita para a esquerda. Encontrando ao nivel da terceira vertebra dorsal a crossa da aorta, desvia-se um pouco da posição primitiva, para caminhar ligeiramente para a direita e um pouco para trás, até á quarta vertebra dorsal. D'ahi, volta de novo a dirigir-se obliquamente para a esquerda, retomando então a direcção primitiva. D'isso resulta que esse conducto descreve duas curvaturas, uma superior, de concavidade dirigida para a direita, outra inferior, de concavidade dirigida para a esquerda.

O calibre d'este canal não apresenta o mesmo diametro em toda a sua extensão. Tem a fórma alterada em tres pontos. E' dotado de tres estreitamentos, o primeiro dos quaes tem origem ao nivel da cartilagem cricoide, o segundo no ponto no qual o conducto se desvia para a direita, ao nivel da primeira costella, e o terceiro ao nivel do orificio diaphragmatico.

Attenta esta irregularidade do conducto, parece-nos, devem ser estes os pontos de predilecção para a implantação dos corpos estranhos. Embora sejam estes estreitamentos os pontos de preferencia, não se infira d'ahi não possam estacionar em qualquer outro logar do canal esophagiano, porquanto é bastante considerar a multiplicidade de fórmas que podem affectar. Assim, os corpos de bordos irregulares, ponte-agudos, capazes de mergulharem na mucosa que reveste internamente o conducto esophagiano, adaptam-se ás paredes d'este canal, ahi se fixando.

Ora, como uma das circumstancias, sob cujo influxo se acha a extracção dos corpos estranhos pela bocca, é justamente a localisação do corpo no esophago, desde que elle possa parar em diversos pontos d'este conducto, claro é que

nem sempre podemos applicar este meio de tratamento, devido á imperfeição manifesta nos instrumentos empregados para as tentativas de extracção.

Estes, ou não attingem o corpo estranho, ou não o apprehendem, além da frequencia de espasmos produzidos por aquellas manobras, concorrendo tambem ás vezes a intolerancia do doente, para impossibilitar a operação.

Sempre que houver manifesta immobilisação do corpo no esophago, devemos renunciar á toda e qualquer tentativa de extracção pela bocca. Forçar, n'estas condições, será expôr o doente ao despedaçamento da parede esophagiana e talvez a accidentes vasculares importantes, quer se trate de corpos recentemente ingeridos, quer se trate de corpos de cuja demora tenham provindo lesões mais ou menos profundas, acarretando estes maior perigo do que aquelles.

As tentativas feitas para extrahir corpos estranhos do esophago têm algumas vezes servido indirectamente para fazel-os cahir no estomago, circumstancia, na maioria dos casos, perigosa. Podem produzir-se lesões graves, não só n'este orgão, como em qualquer outro ponto do tubo gastro-intestinal.

Chegados ao estomago, a tendencia dos corpos estranhos será naturalmente percorrer as vias naturaes, eliminando-se pelo rectum. Não podemos garantir sempre que isso se dê, porquanto n'esse trajecto muitos serão os obstaculos a transpôr. O papel do medico reduzir-se-á, infelizmente, ao de simples observador na espectativa.

Assiste toda razão a Koening, quando, referindo-se á queda dos corpos estranhos do esophago no estomago, diz que podem perfural-o ou perfurar o intestino e eliminar-se

por um abcesso em diversos pontos da superficie do corpo, sendo, na nossa opinião, este processo eliminatorio quasi sempre de terminação funesta.

Outras vezes os corpos estranhos não cahem; mudam de posição e fixam-se mais profundamemte nas paredes do esophago, posição esta mais perigosa que a primitiva.

Um corpo irregular, de extremidade pontuda, póde estar implantado n'esse orgão com a extremidade voltada para cima; as manobras extractivas podem deslocal-o. E' provavel que a extremidade pontuda, até então innocua, se ache em contacto com a parede do conducto. O corpo estranho, impellido pelo instrumento extractor ou auxiliado pelo espasmo esophagiano, factor quasi constante, póde fixar sua parte ponte-aguda na parede do esophago, atravessal-o e lesar orgãos visinhos, existentes na proximidade do canal.

No inicio de qualquer tentativa sempre se ignora o modo de fixação d'estes corpos, qual a sua posição precisa; em summa, qual a sua forma exacta.

Devem ser por isso muito moderadas as manobras e parcas as tentativas de extracção.

Infelizmente a extracção pela bocca é um meio de tratamento pouco util. Não se trate de corpos situados no pharynge ou no orificio superior do esophago, e quasi sempre são infructiferas as manobras. Em abono de opinião, temos a estatistica de Martin. Em 167 tentativas de extracção, só 40 lograram bom exito.

A multiplicidade dos meios utilisaveis, para a solução do problema da extracção dos corpos estranhos do esophago pela bocca, basta para mostrar quão difficil é a infallibilidade d'este modo de tratamento.

Um exame retrospectivo do que se ha tentado a este respeito prova que, multiplicados os meios de extracção pela fertil imaginação dos cirurgiões, os instrumentos modificam-se e aperfeiçoam-se, collimando apenas, sem realisal-o, o *desideratum* final da questão.

Assim, por exemplo, a posição declive, empregada com successo por J. Aronssohn em uma criança de onze annos (*Gaz. hebd. Paris*, 1874), a massagem do conducto esophagiano atravez das paredes do pescoço e abaixo do obstaculo, com o fim de fazel-o retroceder á bocca, produzindo alguns resultados nas mãos de Pollikier (Sautieux, *these de Paris* 1896), são meios não raro fallazes.

Os resultados favoraveis podem ser considerados verdadeira felicidade de quem os empregou.

A producção do vomito, provocado de qualquer modo, apezar de ter dado algumas vezes resultado, deve empregar-se de modo restrictissimo. Conviria mesmo condemnal-o pela possibilidade de complicações frequentes.

Não pretendemos tratar minucia a minucia de todos os meios até hoje empregados para extrahir pela bocca os corpos de delicto do esophago. Mencionaremos apenas os meios actualmente em uso para esta intervenção, os de maiores resultados e suas inconveniencias.

São, em geral, as pinças esophagianas e os *crochets*, os instrumentos mais empregados na extracção pela bocca.

A pinça de Collin presta bons serviços e, entre as diversas especies de pinças, é de uso recommendavel. Poucas vezes attinge o corpo estranho, e, se chega a alcançal-o, apprehende-o muito mal, desde que seja um pouco volumoso.

Vem de molde observar aqui que o emprego das pinças é o melhor processo de extracção dos corpos estranhos pela

bocca, porquanto assegura vantajosa e regular protecção ás paredes esophagianas.

O *crochet* simples e o *panier* de Graefe são, sem sombra de duvida, entre os *crochets*, os de uso mais commum. Empregados com certa vantagem na apprehensão de moedas ou corpos chatos, nem sempre servem para outros corpos.

A luz do conducto esophagiano, sendo interceptada, torna-se inutil o emprego d'esses instrumentos.

Destinados, como são, a ser introduzidos abaixo do corpo estranho, no intuito de trazel-o para fóra preso dentro das alças, os instrumentos deixam de preencher os seus fins, quando se não verifica a hypothese. Deve-se-lhes a conservação de muitas vidas. Mas não é menos verdade, porém, que ha grandes inconvenientes no seu emprego.

O instrumento póde percorrer o esophago sem descobrir o corpo e trazer para fóra pedaços de mucos tinctos de sangue ou prender a cartilagem cricoide, levantada então com todo o pharynge. Póde quebrar-se a haste do *panier* de Graefe, deixando nas vias digestivas superiores um segundo corpo estranho.

Introduzido, ás vezes, o instrumento, longe de remover o corpo, a elle adhere sem possibilidade de deslocação, como se vê no caso do nosso terceiro doente. Tentou-se mobilisar o osso fixo no esophago, servindo-se do *crochet*. Este, depois de passar abaixo do corpo estranho, conseguiu apprehendel-o. Como estivesse completamente immovel, o Sr. professor Oscar Bulhões quiz retirar o *crochet*. Estava, porém, preso ao osso. Só depois de variadas manobras, angustiosas para o doente, poude ser retirado. Mais de uma vez o doente, em completa desorientação, procurou arrancar o instrumento, sendo preciso contel-o á força.

Ponhamos de parte a serie de accidentes causados pelo *crochet* ou *panier* de Graefe. Tão facil é a introducção d'esse instrumento quão difficil a sua retirada. Reside a causa na resistencia offerecida pelas alças do instrumento de encontro á mucosa esophagiana, sulcando-a de modo a constituir obstaculos á sua retirada.

Jalaguier julgava feliz um seu operado, por não poder applicar-lhe o *panier* de Graefe. Encontraria, sem duvida, as maiores difficuldades em retirar o *panier*, dizia, produzindo despedaçamentos consideraveis.

Façam-se, pois, as tentativas de extracção com o *crochet* ou o *panier* de Graefe, estando tudo preparado para ser logo praticada, no caso de insuccesso, a esophagotomia externa.

A umbrella de crina de Fergusson, instrumento muito engenhoso, usado pelos inglezes, serve ás vezes, quando se trata de corpos delgados e pontudos, as espinhas de peixe, por exemplo.

Como fecho d'esta curta resenha de alguns processos extractivos, repetiremos : a extracção dos corpos estranhos do esophago pela bocca seria excellente e preferivel modo de tratamento, se, além das circumstancias apontadas, não fosse causa de constantes perigos.

Não se achando o corpo nem no pharynge, nem no orificio superior do esophago, não se podendo, em summa, extrahil-o pela bocca, não convem servir-se logo da propulsão, embora meio de tratamento applicavel só depois de perdida a esperança de retirar o corpo pela bocca.

Este processo, com especialidade, tem indicações limitadas; necessario se torna conhecel-as para agir com precisão.

Assim como corpos ha que, na impossibilidade de ex-

tracção pela bocca, só o podem ser pela esophagotomia externa, e são estes justamente a maioria dos casos; assim tambem outros, poucos, é verdade, podem logo ser impellidos para o estomago sem grande receio de máo exito.

A propulsão, manobra de execução relativamente facil, é, mesmo por isso, praticada com frequencia, pratica que chega ao abuso.

Caso o corpo estranho seja um bolo alimenticio ou corpo liso e de pequenas dimensões, este meio de agir não acarreta grandes inconvenientes. Trate-se, porém, de um corpo irregular, anguloso, de bordos cortantes, etc., e surgirão esses inconvenientes, comprehensiveis á vista do numero das lesões graves, produzidas no esophago pelas manobras de propulsão d'esses corpos.

Embora recalcado o corpo, sem novidade, ficará o paciente sujeito a graves consequencias, oriundas da quéda do corpo no estomago ou da peregrinação d'elle pelos outros orgãos abdominaes.

O corpo póde mesmo atravessar o canal intestinal e encontrar grandes obstaculos no rectum.

Referindo-se aos accidentes produzidos pelos corpos estranhos do esophago, observa Hartmann que, quando o doente escapa aos perigos do encalhe do corpo no esophago, não se acha ainda assim immune de toda complicação. A propulsão do corpo estranho para o estomago póde causar accidentes secundarios, taes como obstrucção intestinal, perfurações, abcessos, etc.

As propriedades nocivas, chimicas ou mecanicas dos corpos encalhados no esophago, mais do que o volume d'esses mesmos corpos, prejudicam não raro o estomago e os outros orgãos digestivos, na hypothese da propulsão, além de que o

proprio esophago fica sujeito á acção das tentativas feitas com o fim de impellil-os para o estomago. São idéas de Vacca Berlinghieri e datam do principio d'este seculo, de 1820.

Reconhecia então o auctor da memoria de Piza ser pequeno o numero de casos em que a propulsão para o estomago era indicada, e d'isso tirava partido para aconselhar a esophagotomia, na hypothese de falhar a extracção pela bocca.

N'estas circumstancias era opinião mais corrente não admittir a esophagotomia, combatendo-se de preferencia os symptomas posteriores.

Não são os corpos lisos e de pequenas dimensões os de mais frequente encalhe no esophago, e sim os irregulares, os pontudos.

Apezar de contra-indicada para corpos d'esta natureza, ha sido a propulsão praticada com exito.

Quantas vezes, entretanto, se suppõe recalcado o corpo, e na realidade está na parede esophagiana ?!

Quantas vezes o doente, após a propulsão, em ficticio bem-estar, nutre esperanças de restabelecimento, illudido por esse allivio, que é o prenuncio da morte ?!

Assim, no caso relatado por Poulet, do doente de Wagret, que, depois das manobras de propulsão feitas para recalcar um osso, « *se sentit entièrement soulagé et dit à son bienfaiteur qu'il le remerciait fort, qu'il lui avait donné la vie !* »

Dias depois, a morte cerrava os olhos do infeliz, grato a quem lhe perfurára involuntaria e inconscientemente a aorta descendente !

A propulsão é em absoluto contra-indicada para corpos estranhos de fórma alongada, terminados em ponta, em-

bora mesmo se achem implantados nas visinhanças do cardia, e as tentativas de extracção tenham sido inutilmente empregadas, como de facto o são.

Em circumstancias taes, recorre-se á *gastrotomia*, indo buscal-os através do cardia, dado que os resultados da esophagotomia sejam tão negativos quanto os da extracção pela bocca.

Um corpo irregular immobilisado na porção thoracica do esophago deve ser extrahido e não recalcado, o que aggravaria a situação.

Não deve ser tambem demorado n'esta porção do conducto, porque a sua penetração em uma das cavidades pleuraes é um grave accidente, que póde produzir um pneumothorax com pleurizia septica.

Poucos corpos reclamam a propulsão. O emprego d'esta deve ser com o fim de impellir, para um ponto mais baixo, um corpo, de consistencia molle ou dura e de superficie lisa, a comprimir o larynge ou a porção cervical da trachéa. Em synthese, a propulsão só é indicada, falhando a extracção pela bocca, quando os corpos forem regulares, embora pouco volumosos, e susceptiveis, sobretudo, de soffrerem a acção dos succos digestivos.

A propulsão data de longe. Diversos têm sido os meios empregados para realizar o seu fim.

Ambroise Paré, o cirurgião celebre de todas as guerras do seculo XVI, afim de fazer cahir no estomago um grande bolo alimenticio parado no principio do esophago, produzindo symptomas de suffocação, empregou com exito um *allium porrum* (vegetal da familia das liliaceas, *poireau* dos francezes), e administrou alguns sôcos no dorso do paciente, entre as duas espaduas.

Outr'ora, velas de cêra, cabos de chicote, hastes diversas foram outros tantos instrumentos empregados, é verdade, em casos excepcionaes, na ausencia completa de instrumentos propulsores apropriados.

Estes factos, que á primeira vista parecem ter méro valor historico, não o são, entretanto, em occasiões em que, conforme as circumstancias, se recorrem a expedientes iguaes ou semelhantes.

O Sr. professor Oscar Bulhões n'este particular relata um caso (*Brazil Medico,* 1896, pag. 231) da clinica do Sr. Dr. Carlos Gross.

Este, chamado com urgencia para um doente com phenomenos de suffocação, resultante da parada de um grande pedaço de carne secca no isthmo do pharynge, lançou mão, em falta de melhor instrumento, d'uma vela de cêra, e, graças a ella, fez a propulsão com felicissimo resultado.

São, porém, casos excepcionaes.

As sondas esophagianas, mais ou menos rigidas, a esponja fixa á extremidade d'uma barbatana constituem, em summa, o arsenal dos instrumentos mais empregados para a execução d'esse meio de tratamento.

Conclue-se do exposto que no tratamento dos corpos estranhos do esophago, os dous modos de tratamento— extracção pela bocca e propulsão para o estomago— são, de importancia minima, empregados só em certos e determinados casos e, assim mesmo, não raro falliveis.

Qual o tratamento mais efficaz para a remoção dos obstaculos do conducto esophagiano, qual o que tem todas as probabilidades de bom exito? Mostremol-o.

As intervenções já enumeradas são feitas sem auxilio do bisturi. Tratava-se apenas de retirar o corpo de delicto pelas

vias naturaes ou de impellil-o para o estomago. Pelo terceiro methodo de tratamento, retiramol-o por uma via artificial, chegamos ao esophago através dos tegumentos, mediante a intervenção do bisturi.

Nos dous processos expostos, as intervenções são feitas sem effusão d'uma gotta de sangue no campo operatorio.

Quanto ao terceiro meio de tratamento, a intervenção é, ao contrario, uma operação sangrenta.

A esophagotomia externa resolve o problema, insoluvel pela extracção pela bocca e pela propulsão para o estomago.

As indicações d'esta operação são illimitadas, quasi póde dizer-se, conhecidos os casos em que se applicam os outros dous meios de tratamento.

Casos ha, porém, em que um ou outro dos dous primeiros methodos são indicados e,apezar de tudo,a esophagotomia externa é praticada pela inefficacia d'elles.

De modo geral, a operação é indicada como *ultima ratio* para todo o corpo estranho impossivel de extrahir pela bocca ou recalcar para o estomago.

A idade, como contra-indicação, pouco influe para a operação. Tem-se praticado a esophagotomia externa em crianças de cinco mezes e meio de idade e em adultos de 70 annos.

O doente da nossa 3ª observação era um octogenario, e teria curado, senão o victimasse causa alheia á operação, uma syncope cardiaca.

Os tres pontos estreitados do esophago, sabemol-o, são os logares predilectos de parada dos corpos estranhos; os irregulares, de extremidades ponte-agudas, poderão demorar aqui ou acolá.

Quer encalhem na porção cervical ou na porção thora-

cica do conducto, a esophagotomia externa permitte extrahir não sómente os primeiros, como alguns dos que occupam a segunda região, com o auxilio de longas pinças, e, algumas vezes, simplesmente com os dedos, pela bocca assim creada.

Sobrevenham difficuldades imprevistas, esteja collocado o corpo muito em baixo, inattingivel pela solução de continuidade esophagiana, torna-se necessaria nova intervenção; á esophagotomia accresce a *gastrotomia*, que busca o corpo através do cardia.

A gastrotomia para a extracção dos corpos estranhos rebeldes á esophagotomia externa foi idéa de Richardson.

A 5 de Agosto de 1886, extrahiu elle uma dentadura á pequena distancia do cardia, sendo magnifico o resultado final da operação.

Esta operação, praticou-a mais tarde com exito J. Bull, (Agosto, 1887) para recalcar por uma casa estomacal, de baixo para cima até á bocca, um caroço de pecego.

Silver, em 1891, sem exito, continuou as praticas de Richardson e de J. Bull.

Notavel foi a operação feita (Julho, 1893), n'uma mulher de 28 annos de idade, por David Wallace, cirurgião assistente da real enfermaria de Edimburgo. Ajuntou á esophagotomia externa, praticada com o fim de extrahir uma dentadura, uma larga incisão do estomago, capaz de dar passagem á mão inteira. A introducção do dedo através do cardia tornou-se facile permittiu sentir o corpo estranho á pollegada e meia d'este orificio.

Uma pinça introduzida ao longo do dedo poude agarrar o corpo que, com um pequeno movimento de rotação, foi facilmente extrahido.

Embora esteja collocado o corpo em tal situação, que nem a esophagotomia externa, nem a gastrotomia combinadas possam extrahil-o, ainda assim o obstaculo poderá ser removido, praticando-se a operação imaginada por Quénu e Hartmann, especie de operação d'Estlander applicada á cirurgia do esophago: *a esophagotomia pelo mediastino posterior.*

Esta operação ainda não foi praticada. Limitadissimas são as suas indicações. Os seus auctores reconhecem a possibilidade de explorar a quasi totalidade do conducto esophagiano na *gastrotomia combinada,* introduzindo dous dedos, um de encontro a outro ; o primeiro pela solução de continuidade esophagiana, e o segundo pela incisão gastrica.

N'estas condições não ha corpos desconhecidos no esophago.

Operação rara é ainda hoje a esophagotomia externa.

Não tem, comtudo, mais a antiga gravidade. Se, ao contrario dos velhos cirurgiões, os cirurgiões modernos preferem esta intervenção á abstenção completa, é por considerarem esta espectativa muitissimo mais perigosa do que a operação.

Está hoje provado que a mortalidade d'esta operação cresce na razão directa do augmento do espaço de tempo decorrido entre a producção do accidente e a intervenção operatoria.

Segundo a estatistica de Fischer, completada pelo professor Gross, de Nancy (1891), a mortalidade da operação é de 26 %

A proporção para as operações tardias sobe a 35 %; ao passo que, para as praticadas logo nos primeiros dias, é de 20 %.

N'um quadro de Egloff, baseado na sua estatistica clinica,

ha curiosos dados para assignalar o tempo decorrido entre a intervenção cirurgica e a producção do accidente; 46 esophagotomias praticadas nos tres primeiros dias dão 37 curas e 9 mortes, mortalidade, portanto, de 19 %; 28 esophagotomias praticadas do quarto ao setimo dia montam a 19 curas e 9 mortes, proporção de 32, 1 %.

Estes dados numericos baseados em estatisticas sérias bastam para impôr a convicção de que, quanto mais precoce fôr a intervenção, tanto mais esperanças ha do exito operatorio.

Begin parecia bem comprehender a necessidade de uma acção prompta e decisiva, quando escrevia: «C'est devant cette perplexité que les jours s'écoulent en même temps que le danger augmente, et que l'opportunité d'opérer se dissipe. La limite la plus difficile peut-être à determiner et à saisir dans la pratique est celle où on ne doit plus raisonnablement compter sur les éfforts de l'organisme, et où par consequent le chirurgien doit tout tenter, même ce qui est hasardeux, pour guérir le malade.» (Begin, 1833.)

A contemporisação da operação concorre para a mortalidade no tratamento dos corpos estranhos do esophago,assim como a fórma do corpo é factor para augmental-a.

A estatistica de Egloff, onde elle reune, até 1894, 135 casos de esophagotomia para corpos estranhos, apoia esta proposição; 41 casos, com a operação reclamada para a extracção de ossos, como corpo estranho, deram um resultado final de 28 curas e 13 mortes, mortalidade de 31,7 %. Sobre 42 casos, em que a dentadura representa o corpo estranho, ha 32 curas e 10 mortes, proporção de 23,8 %.

Em 9 casos, as moedas representam o corpo de delicto, ha ahi 8 curas e 1 morte, mortalidade de 11,1 %.

Segundo Egloff, os ossos e as dentaduras representam 62 °/₀ dos corpos estranhos do esophago.

Os corpos d'esta natureza reclamam, pois, a mór parte das esophagotomias.

Affectam estes corpos fórmas muito variadas e offerecem, portanto, maiores perigos, como se evidencia das estatisticas citadas.

A fórma dos corpos, não raro causa de morte, attenua até certo ponto o máo exito da demora da intervenção cirurgica. Não deixa, entretanto, de mostrar a necessidade da urgencia na operação.

Encalhado no esophago um corpo de natureza tal, que não póde, sem grave risco, ser impellido para o estomago, qual o dever do cirurgião ?

Depois de algumas tentativas de extracção pela bocca, nem muito fortes, nem muito prolongadas, recorrerá sem hesitar á esophagotomia externa.

Da perda de tempo depende não raro o exito operatorio.

Quando se opera a tempo, poupados esophago e doente, póde concluir-se pela cura operatoria. (Forgue e Reclus).

Apezar da excellencia da esophagotomia externa como operação, ha sido pouco praticada, sem duvida por serem raros os casos de accidentes, reclamando esta intervenção.

Vejamos qual o numero maximo das observações até hoje conhecidas.

Até 1891, quando o professor Gross, de Nancy, completou a importante estatistica de Fischer, eram conhecidas 125 observações. Em 1895, Frœlich, de Nancy, ajuntou á estatistica de Gross mais 17 casos, corroborados pela aucto-

ridade scientifica de Kronlein, Roux, Gerster, Terrillon, do professor Berger, Segond, Jalaguier, Furner, Port, do proprio Frœlich e Cahier.

Ajuntem-se a esses casos outros de Gangolphe, referido, (*na these de Gaillard, Lyon,* 1894) ; de Smiegelow, de Copenhague (*Revue de laryngologie, ot. et chir,* 1894) ; de Hamilton (*Medical News,* 27 *Janvier,* 1894) ; de Chavier (*Arch. prov. de chir., Fevrier* 1895) ; de Chaput, relatado, (*na these de Sauutiex, Paris,* 1896) e os tres casos do professor Oscar Bulhões (*Brazil Medico,* 1 *de Julho de* 1896).

Desde a estatistica de Gross a Fevereiro de 1896, praticaram-se 25 esophagotomias ; um total de 150 casos publicados.

De 1891 para cá, só se registrou um unico caso de morte : o doente de Cahier, victimado por uma *mediastinite,* fructo das repetidas tentativas de extracção do corpo estranho pela bocca.

Reconhecida a excellencia da esophagotomia externa para a remoção dos corpos estranhos esophagianos, ha uma conclusão a tirar. Eil-a :

Se o cirurgião deve curar, produzindo traumatismos minimos ; no tratamento dos corpos estranhos do esophago, desde que o obstaculo não esteja comprehendido na extracção pela bocca, devemos preferir a operação sangrenta, que indubitavelmente produzirá menor traumatismo que qualquer outro meio de tratamento.

Mais algumas palavras sobre as nossas observações e uma ligeira synthese do manual operatorio da esophagotomia externa, e teremos posto remate a este trabalho.

*
* *

O estado morbido de que nos occupamos póde ser produzido voluntaria ou involuntariamente.

Produz-se na maioria dos casos involuntariamente, no momento da alimentação, porquanto os alimentos lhe servem de vehiculo.

Sabemos já que a deglutição nunca é completamente voluntaria, mas sempre provocada pela presença na bocca de parcellas alimenticias e até mesmo da propria saliva. Ora, debaixo do ponto de vista clinico, corpo estranho do esophago é todo aquelle que, em logar de percorrer esse conducto, ahi fica retido. Os proprios alimentos ou qualquer corpo a elles misturado podem tornar-se corpo estranho.

Em regra geral, o accidente dá-se no momento da alimentação.

Ainda involuntariamente elle póde ser produzido durante o somno. Basta que um corpo, embora de proporções minimas, toque o fundo da garganta para haver o acto reflexo da deglutição; o corpo penetrará no esophago e, impossibilitado de transpôr o conducto, ahi ficará estacionario, constituindo-se corpo estranho.

Fóra do somno e da occasião da alimentação, como estados que favorecem o encalhe de corpos estranhos no esophago, têm-se registrado outros meios de produzir esse accidente, seja a irresponsabilidade mental ou a falta de raciocinio, seja como instrumento de crime, á força bruta do paciente indefeso, ou mesmo voluntariamente, como arma de suicidio. Mas esses casos, salvo a época em que ainda não ha o discernimento necessario para, conhecendo o mal, evitar a sua origem, constituem excepções á regra geral, porque, como já o dissemos, o somno e a occasião da alimentação são, por

assim dizer, estados propicios á parada de corpos estranhos no esophago.

Os doentes de nossas observações incidiram na regra geral ; os tres primeiros foram victimas do accidente, quando se alimentavam, os dous ultimos durante o somno.

Facil foi o diagnostico em todos os casos, graças a informações precisas, corroboradas, entretanto, pelo exame directo. No penultimo doente, o dilatador de Trousseau, empregado por diversas vezes como explorador, não accusou no conducto esophagiano a presença do corpo, uma prothese dentaria.

No primeiro exame feito n'este doente, o corpo fôra attingido pelo dedo indicador e achava-se situado no isthmo do esophago. Quanto ao facto de escapar ao dilatador de Trousseau, vem a proposito dizer que algumas vezes os exploradores deixam de accusar, principalmente a presença de corpos chatos.

Obtido o diagnostico no caso dos nossos doentes, vejamos como se resolveu o modo de tratamento.

Conhecida a natureza dos corpos de que eram portadores os doentes, excluida estava *á priori* a idéa de propulsão.

O corpo encalhado no esophago do doente da nossa segunda observação era regular e de superficie lisa, uma semente de fructo (cambucá); poderia ser impellido para o estomago, se fosse susceptivel de digestão.

Razão de ordem mais ponderosa contra-indicava, entretanto, esta intervenção : um forte espasmo do esophago sobre o corpo apresentava o perigo de ser despedaçado esse orgão, se se tentasse impellil-o para o estomago.

Quanto aos outros quatro doentes, eram portadores de corpos irregulares, resistentes á acção dos succos digestivos

e fixos no conducto; um d'estes, encravado na parede do canal, contra-indicava absolutamente a propulsão.

Os dous primeiros doentes não soffreram a extracção pela bocca, como meio de tratamento.

Tratava-se no primeiro caso d'uma dentadura encalhada no esophago por espaço de dous mezes, periodo aliás demasiado longo.

Não accusava o doente a menor lesão inflammatoria. Achava-se muito emaciado, um pouco enfraquecido, devido á deficiencia da alimentação durante 60 dias.

A exploração do esophago com o dilatador de Trousseau accusou a presença do corpo na porção thoracica d'este orgão e quasi demonstrou achar-se elle fixado n'esse ponto.

Lembrou-se o Sr. professor Oscar Bulhões de fazer uma tentativa de extracção com o *crochet* de Graefe. Como a immobilidade do corpo, se não era ao menos parecia absoluta, receiando difficuldades na retirada do instrumento, desistiu o professor do proposito de extrahil-o pela bocca.

Não convindo, como já ficou dito, a propulsão para o estomago, resolveu o mesmo Sr. professor praticar a esophagotomia externa.

No caso da nossa segunda observação, o accidente foi produzido por um caroço de cambucá, corpo de superficie lisa, sobre o qual se exercia grande contracção espasmodica do orgão, de modo a interceptar completamente a luz do conducto.

Era impossivel o emprego do *panier* de Graefe e do *crochet*. Não se podia transpôr o obstaculo.

A pinça de Collin, excluindo duvidas sobre a apprehensão do corpo, podia lesar a parede do esophago pela contracção do orgão.

Sendo ainda contra-indicada a propulsão para o estomago, a esophagotomia externa foi resolvida e praticada 48 horas depois do accidente.

Quanto ao caso de nossa 3ª observação, falta-nos apenas referir tratar-se de um octogenario, portador, por espaço de 15 dias, de um osso atravessado no esophago.

O doente emmagrecêra um pouco, achava-se enfraquecido.

O dilatador de Trousseau mostrou achar-se o corpo fixo e situado abaixo da furcula do sternum. Introduzido com o fim de deslocal-o, o *crochet* simples de Graefe prendeu-se ao corpo. D'ahi o accidente a que alludimos ao tratar dos meios de extracção pela bocca.

O nosso penultimo doente trazia, encalhada no isthmo do esophago, a sua dentadura.

Era esta mal fixada, já bastante usada e de bordos quasi que cortantes.

Achando-se este corpo collocado em ponto accessivel ao dedo do operador, a indicação era extrahil-o pela bocca.

O Sr. professor Oscar Bulhões, servindo-se d'uma pinça de Collin, conseguiu, com rara habilidade, retiral-o sem produzir no doente a menor sensação e tal foi a estupefacção d'este que não poude articular palavra, quando o nosso professor lhe perguntou, tendo-a presa ainda na pinça, se reconhecia a dentadura.

O ultimo doente, trazendo na parte superior do esophago um corpo identico ao precedente, foi alliviado nas mesmas condições.

O dilatador de Trousseau, empregado como explorador e que a principio não deu resultado, teve na sua retirada a dupla vantagem de não só revelar a presença do corpo, como

tambem mobilisal-o de modo a tornar facil a sua extracção com a pinça de Collin.

MANUAL OPERATORIO

Segundo refere Terrier, em uma these magistral (1870), nenhuma regra preestabelecida havia até Begin para se abrir o conducto pharyngo-esophagiano, embora muito se houvesse escripto sobre a esophagotomia antes da memoria de 1832.

Como bem pondera Terrier, mais se havia proposto processos operatorios, do que praticado a esophagotomia.

Duas operações apenas tinham sido feitas até esta época; d'uma sómente se conhecem minucias e entre ellas vem citado o facto de ter o cirurgião incisado os tecidos sobre a saliencia que fazia o corpo estranho do esophago.

As primeiras regras, pois, formuladas sobre a esophagotomia, baseadas em dados anatomicos certos, foram dadas por Begin. Desde então os cirurgiões ao praticar a esophagotomia seguem, com pequenas variantes, a technica operatoria do auctor da memoria de 1832.

Begin, conscio de sua pratica, desprezou os ensinamentos dos seus predecessores. Firmado em observações pessoaes, estabeleceu anatomicamente regras operatorias; mas eis em resumo como elle praticava a operação: penetrava entre a trachéa e os musculos sub-hyoideos de um lado, o sterno-mastoideo, a jugular externa e os nervos pneumogastrico e grande sympathico de outro. Seccionava o omohyoideo que cruza obliquamente a solução de continuidade e uma vez chegado sobre o esophago o incisava directamente á esquerda e parallelamente ao seu eixo.

Begin não reunia a ferida, não condemnava os operados ao supplicio d'uma dieta absoluta, alimentava-os, servindo-se da sonda esophagiana.

Hoje, invadido pela cirurgia o campo da medicina, que os cirurgiões chegam a ser arrojados, não se considera mais a esophagotomia, como outr'ora a considerava Nelaton, uma operação das mais difficeis e graves, embora relativamente rara.

Sendo hoje regulada a sua technica operatoria, observa e com razão o Sr. professor Gross, de Nancy, que se alguma duvida ainda subsiste, versa sobre pontos de somenos importancia.

Praticada a tempo, a esophagotomia externa apresenta um prognostico dos mais satisfactorios e dos mais favoraveis.

O ponto de preferencia, o logar de eleição d'esta operação é o lado esquerdo do pescoço, em consequencia da inclinação do conducto esophagiano para esta parte.

Apenas duas vezes a operação foi praticada do lado opposto, em 1832 por Arnott e em 1866 por Cheever.

Comquanto o ponto de eleição seja um facto perfeitamente estabelecido, todavia Berger pensa que a procura do esophago feita sobre a parte lateral do pescoço é mais difficil que se se tiver de operar sobre a linha mediana. Na mulher, cujo corpo thyroide é, em geral, mais desenvolvido que o do homem, esta difficuldade sobe de ponto.

O professor Berger chegou a estas conclusões depois de repetidos estudos no cadaver e depois de ter praticado a operação, sem avocar a prioridade no modo de operar. Muito antes, Nelaton aconselhava incisar os tegumentos sobre a linha mediana, cortar o isthmo do corpo thyroide

entre duas ligaduras, afastar o conducto laryngo-tracheal para a direita, o lóbo thyroideano esquerdo para a esquerda, incisar o esophago, depois de hemostasia tão perfeita quanto possivel.

Discutam os doutos sobre este processo. *Adhuc sub judice lis est* . . . . , ... , ...

Tratamos só do manual operatorio da esophagotomia externa.

Caso operassemos ou aconselhassemos a operação, dariamos sempre preferencia ao processo, do qual vimos de continuo serem colhidos os melhores resultados. Descrevamol-o.

O processo operatorio, seguido pelo professor Oscar Bulhões, é, segundo diz o mesmo professor, mais ou menos, o processo seguido por Simon Duplay. Faz, porém, applicação de umas alças de tracção, de accôrdo com o professor Billroth, que muito facilitam a sutura da mucosa esophagiana.

Chloroformisado o doente, colloca o professor Oscar Bulhões um travesseiro baixo entre as espaduas, inclinando assim a cabeça um pouco para trás, para obter a distensão do pescoço, voltando a face ligeiramente para o lado direito.

Pratica o nosso professor uma incisão adiante e parallela ao bordo do musculo sterno-mastoideo esquerdo, começando a 2 centimetros acima da articulação sterno-clavicular, para terminar em cima, quasi ao nivel do bordo superior da cartilagem thyroide.

Incisada a pelle, tecido cellular subcutaneo e cuticular, o Sr. professor procura o bordo anterior do musculo sterno-mastoideo. Seccionada a aponevrose superficial, descolla e afasta esse musculo com os dedos em fórma de gancho.

Encontrando em seguida os musculos omo-hyoideo e cleido-hyoideo, separa-os, penetrando no intersticio com a tenta-canula ; e, novamente alargando o campo operatorio com os dedos, abre um sulco profundo entre o systema laryngo-tracheal e a bainha vasculo-nervosa.

Faz com que um ajudante afaste a bainha vasculo-nervosa, procura o lóbo lateral da glandula thyroide, dissecando o seu bordo externo na parte média e contornando-a até chegar á parte lateral da trachéa.

Alargando ainda uma vez o campo operatorio, procura reconhecer na extremidade inferior da ferida e profundamente a arteria thyroidéa inferior, correndo transversalmente.

Fazendo separar os bordos da ferida por afastores rombos, introduz, sempre que fôr possivel, um conductor, o instrumento de Vacca Berlinghiere ou uma sonda urethral metallica.

A introducção de um conductor facilita sobremaneira o tempo da incisão do esophago. O conductor empregado nos nossos doentes foi justamente o instrumento de Vacca, mas só no primeiro caso o professor Oscar Bulhões fez correr o mandarim, parte componente d'esse instrumento, porque praticando a incisão sobre elle os bordos da ferida esophagiana ficam logo em um plano inferior, difficultando a apprehensão d'esses para se passar as alças de tracção do esophago.

Insinuado o instrumento no esophago e tornando este saliente com o auxilio d'aquelle, logo acima da thyroidéa inferior, faz o Sr. professor Oscar Bulhões sobre a extremidade da sonda uma pequena casa, pinçando depois o bordo anterior da ferida com uma pinça longa dente de rato. Com uma tesoura ou um bisturi abotoado augmenta para cima a

abertura; com a agulha em fórma de anzol, de Trélat, empregada na staphiloraphia, passa um fio de seda, cujas extremidades fixa com uma pinça de Péan, fazendo o mesmo no outro lado da ferida.

Retira o instrumento e, operando tracção dos bordos da ferida, prolonga a incisão para cima e applica mais duas alças.

Franqueado assim o esophago por esta via artificial, só resta entreabrir a ferida, auxiliado pelas alças de tracção, e introduzir o instrumento extractor do corpo estranho.

Foi este o processo operatorio empregado nos doentes que serviram de observação para o nosso presente trabalho. Retirado o corpo estranho, suscita-se a questão da sutura do esophago.

Muitos cirurgiões são contrarios á sutura da mucosa esophogiana. Julguem-n'a inutil ou difficil, somos de opinião que a sutura, em regra geral, é sempre de vantagem e nunca prejudicará a operação, uma vez que a sutura cutanea seja incompleta e a ferida drenada.

Consideram alguns inutil a sutura, porque, achando-se os labios da ferida, em geral, traumatisados pelo contacto prolongado do corpo estranho ou pelas manobras de extracção, não se prestam a uma reunião por primeira intensão.

De certo não será esta a razão. O professor Gross, de Nancy, não fez a sutura, não sómente por causa da alteração da parede do esophago, como tambem pela profundidade da ferida. Leisrink, Sonnenburg e Kœning não a praticaram pela difficuldade na sua applicação,

O professor Oscar Bulhões não encontrou a menor difficuldade em fazer a sutura exacta da mucosa do esophago nos tres casos; pensa ter sido auxiliado pelas alças de tracção,

collocadas anteriormente; acha mesmo a sutura vantajosa, uma vez que seja incompleta a que se pratica na ferida cutanea e que esta seja drenada; só não a fará, quando houver contra-indicação, isto é abcesso por peri-esophagite ou ulceração do esophago.

Fomos encontrar quatro dias depois da operação, na autopsia do nosso terceiro doente, os bordos da ferida esophagiana em perfeito contacto, assim como todos os pontos da sutura com catgut que havia sido feita.

Este facto, por demais eloquente, demonstra sem sombra de duvida a verdade das nossas asserções. Se é inutil a sutura, como pretendam alguns cirurgiões, por se desunirem facilmente os labios da ferida esophagiana, quatro dias são de sobra para se operar esta desunião.

Liquidada a questão da sutura, qual deve ser o modo de alimentar o operado?

Estabelecer absoluta dieta nos primeiros dias, com prohibição de engulir a propria saliva e prescrever clysteres nutritivos; assim pensam alguns cirurgiões.

Outros alimentam o operado com a sonda esophagiana. Este processo, embora bem acceito em todos os tempos, tem desvantagens e estas consistem em ser a sonda difficilmente tolerada pelo doente, além dos perigos da irritação e da esophagite.

A sonda póde ser collocada á demora ou introduzida todas as vezes que se tiver de usal-a.

O professor Billroth, para tornar a sonda mais supportavel, a introduzia na propria ferida; processo pouco vantajoso, pois atraza a cicatrisação.

A sonda póde ser introduzida pelo nariz e ahi conservada em demora; mas é raro ser conservada. O operado de Gross

conservou com admiravel resignação a sonda de demora, introduzida na narina, por espaço de 63 dias; Frœlich, porém, não foi tão feliz com o seu, que não a supportou nem 48 horas.

Os partidarios da sutura esophagiana são de opinião que os operados podem deglutir desde o primeiro dia alimentos liquidos, em pequenas e repetidas doses.

Achamos deve ser esse o modo de proceder, uma vez que se faça a sutura do esophago, porquanto isso não acarreta o menor inconveniente.

Foi este o processo seguido, em relação ao nossos operados.

*
* *

Chegamos ao fim do nosso modesto trabalho. Não tivemos a intenção de avolumal-o com paginas de minuciosas observações; não fosse o nobre desejo de fazer jus a um pergaminho de medico e teriamos desanimado em meio da jornada.

N'este santo empenho de satisfazer uma aspiração, aliás justa, e cumprir a obrigação que nos impõe a lei, andamos como viajor sem rumo em busca do material preciso para a obra, cujo plano custosamente terminamos. Expender algumas considerações sobre o diagnostico e tratamento dos corpos estranhos do esophago, procurando mostrar as vantagens da esophagotomia externa, applicar estas considerações aos casos das nossas observações, tal foi o nosso *desideratum.*

N'este impretenso trabalho, que merecêra o emprego de penna mais adestrada, que não a nossa, balda de ex-

periencia, expomos o que vimos e observamos durante o nosso tirocinio escolar. As observações são nacionaes, não tivemos, felizmente, necessidade de ir buscal-as no estrangeiro; o que muito nos honra.

Confessamos que em toda essa lide vai algum tanto de amor á nossa querida patria, mas que importa, se d'isso nos ufanamos.

A' mingoa de outros meritos, resta-nos ao menos a consolação, o doce prazer de termos podido frizar um dos elementos de prosperidade e de grandeza da nossa terra: — o talento.

OBSERVAÇÕES

1ª OBSERVAÇÃO (pessoal)

ESOPHAGOTOMIA EXTERNA PARA EXTRAHIR UMA DENTADURA DE VULCANITE COM 4 INCISIVOS. CURA

Faustino Jovito da Silva, carpinteiro, branco, brazileiro, 50 annos de idade, natural de S. Paulo, recolheu-se ao Hospital da Misericordia no dia 16 de Agosto de 1894.

Referiu ter engulido, durante a refeição, a sua dentadura, sendo que esta não chegára ao estomago e assim se achava ha dous mezes.

No momento do accidente, teve um accesso de suffocação, logo desvanecido. Procurou pouco depois deglutir algum alimento, a ver se a dentadura caminhava até ao estomago. Não o conseguiu, porém, tendo tido de novo outro accesso de suffocação, dissipando-se após á rejeição do alimento.

Até vir para o hospital só se alimentou com caldos e leite, deglutindo a pequenos golles.

Residindo n'um logar em que havia completa carencia dos recursos medicos necessarios ao caso, ahi se conservou, comtudo, porque nutria a esperança de que feliz acaso o libertasse de tão triste situação, tanto mais quanto não sentia mais outro incommodo desde que se alimentasse sómente de liquidos.

Repetiu a espaços a tentativa feita no momento do accidente, isto é, procurou deglutir alimentos solidos, que eram rejeitados logo em seguida. Acreditava, porém, ter, com essas tentativas deslocado a dentadura para ponto mais baixo, indicando, como séde d'elle, a porção thoracica do esophago.

Achava-se o doente, em consequencia da parca alimentação de 2 mezes, bastante emaciado e um pouco enfraquecido, não accusando maior soffrimento.

De posse d'esses dados anamnesticos, o Sr. professor Oscar Bulhões examinou o doente. Começando pela inspecção do pescoço e pharynge, explorou o esophago, servindo-se para isso do dilatador esophagiano de Trousseau, munido de uma pequena oliva de marfim.

O instrumento penetrou sem difficuldade, accusando a presença de um corpo estranho, immovel no esophago, 29 centimetros distante da arcada dentaria superior.

Diagnosticado o corpo estranho, reconhecida a sua situação na porção thoracica do esophago e contra-indicada a propulsão para o estomago, pelas razões que já expuzemos, o Sr. professor Oscar Bulhões lembrou-se de fazer uma tentativa de extracção com o *crochet* de Graefe. Como se achasse fixa a dentadura no esophago e receiando encontrar difficuldade na retirada do instrumento, desistiu do intento e resolveu praticar a esophagotomia externa no dia seguinte.

O processo operatorio acha-se já descripto no nosso trabalho. Dispensamos-nos de reproduzil-o.

Escolheu-se como pinça, para extrahir o corpo por entre os labios entre-abertos da ferida esophagiana, o saca-balas americano.

A mucosa esophagiana foi suturada com catgut por meio de pontos separados.

Terminada a operação, desinfectada a ferida, collocou-se um tubo de drenagem no angulo inferior da solução de continuidade, intercalando-se pedaços de gaze iodoformada entre os labios da ferida, já diminuida de extensão, graças a dous pontos de sutura na pelle, dados no angulo superior da ferida.

Fixou-se o curativo com uma gravata de algodão hydrophilo e uma atadura, e immobilisou-se a cabeça, o melhor possivel, usando-se para isto de pastas de algodão e tiras de papelão.

Não houve necessidade de seccionar musculo algum, nem tão pouco de applicar ligadura, sendo que o corrimento sanguineo foi insignificante.

O doente foi alimentado desde o 1° dia sem sonda esophagiana.

Quatro dias após a operação, houve necessidade de substituir o curativo externo, por se achar um pouco humedecido pela secrecção da ferida.

Decorridos outros quatro dias, retirou-se a gaze interposta nos labios da ferida e conservou-se o dreno. N'esta occasião, o Sr. professor Oscar Bulhões fez o doente deglutir um pouco de leite, notando-se na ferida apenas algumas gottas de liquido.

D'ahi em diante, o doente, sempre apyretico, principiou a alimentar-se melhor, até que a 10 de Setembro teve alta, curado.

2ª OBSERVAÇÃO (pessoal)

ESOPHAGOTOMIA EXTERNA PARA EXTRAHIR UM CAROÇO DE CAMBUCÁ. CURA

Manoel Madureira Junior, portuguez, 18 annos de idade, entrou para o nosso serviço a 22 de Janeiro de 1896.

No dia 23, por occasião da visita, referiu o doente que, ao arrebatar das mãos de um companheiro um cambucá e ao comel-o á sofrega, engulira

o caroço. Este não lhe passára da garganta, indicando o doente a furcula do sternum, como a séde do corpo estranho.

Era de todo impossivel a deglutição de solidos e liquidos; sentia fortes dôres ao tental-a

Ao entrar para o hospital, apresentára o doente grande anciedade, embaraço respiratorio e face congesta. O medico de serviço fez, sem resultado, repetidas tentativas de extracção e propulsão.

O exame do pescoço e do pharynge foi negativo e a exploração com o dilatador de Trousseau não poude ser levada a effeito, visto o forte espasmo do orificio superior do esophago e das dôres que o doente accusava.

Achando-se elle calmo, e desde que a natureza do corpo não fazia prever immediatos phenomenos locaes de irritação, esperou-se para o dia seguinte, na esperança de ver diminuido o espasmo.

No dia 24, o doente estava como na vespera, sem que uma só gotta de liquido houvesse penetrado no estomago.

A exploração com o instrumento de Trousseau, cuja penetração foi facil, indicou não só a presença do corpo estranho, como a sua immobilidade; a esponja fixa á barbatana do instrumento de Graefe robusteceu no animo de todos a mesma convicção.

A mensuração indicou, como séde do corpo estranho, a porção thoracica superior, mais ou menos ao nivel da 4ª vertebra dorsal.

Não podendo o corpo estranho ser extrahido pela bocca, nem impellido para o estomago, pelas razões já expostas, o Sr. professor Oscar Bulhões resolveu praticar a esophagotomia externa, que foi realizada 48 horas depois do accidente.

O processo operatorio foi o da primeira observação.

A operação correu perfeitamente, havendo um pouco mais de trabalho do que na do 1º caso, por apresentar o paciente um pescoço curto e grosso, ao passo que o primeiro operado o tinha fino e secco, circumstancia favoravel á execução da operação

Incisado o esophago, empregou-se para a extracção do corpo estranho o saca-balas americano.

Apprehendido o corpo, foi difficil mobilisal-o e foram precisas tracções um pouco fortes para deslocal-o. Verificou, então, o Sr. professor Oscar Bulhões a extracção apenas de metade do caroço. Reintroduzindo a pinça, extrahiu facilmente a outra metade.

Tres centimetros de diametro media o caroço. Suturou-se a mucosa do esophago com catgut. Durante a operação não houve necessidade de se fazer ligadura, nem de seccionar musculo algum, sendo o corrimento sanguineo sem importancia.

Quanto á alimentação, fez-se sem emprego da sonda.

Cinco dias após a operação, levantou-se o primeiro curativo, notando-se apenas ligeira exsudação.

No dia 10 de Fevereiro teve alta o doente, radicalmente curado.

3ª OBSERVAÇÃO (pessoal)

ESOPHAGOTOMIA EXTERNA PARA A EXTRACÇÃO DE UM OSSO ENCRAVADO O NO ESOPHAGO. MORTE POR SYNCOPE CARDIACA, 4 DIAS DEPOIS DA OPERAÇÃO.

Domingos Soares, preto, cozinheiro de bordo de um navio mercante, 80 annos, natural do Estado de S. Paulo, entrou para o hospital da Misericordia e foi recolhido ao nosso serviço, em 12 de Fevereiro de 1896.

Quinze dias antes, na refeição, engulira um osso que se lhe atravessára na garganta. D'ahi em diante só se alimentou a leite e caldos, isto com extrema difficuldade. Nenhuma tentativa de extracção e de propulsão lhe fôra feita.

O doente, além de octogenario, era alcoolista, achava-se enfraquecido e um pouco emaciado.

O exame do pescoço e o laryngoscopico foram negativos.

O dilatador de Trousseau, empregado como explorador, foi encontrar o corpo situado abaixo da furcula do sternum.

O *crochet* simples de Graefe, introduzido com o fim de mobilisar o corpo estranho, apprehendeu-o. As mais cautelosas tracções determinavam, porém, fortes dôres, sem deslocar o corpo. Quiz o Sr. professor Oscar Bulhões retirar o *crochet*, mas este se achava de tal modo preso ao osso, que só depois de variadas manobras poude afinal ser retirado.

A esophagotomia externa ficou resolvida e foi praticada no dia seguinte.

Consistiu o processo operatorio no mesmo empregado nos dous casos precedentes.

Incisado o esophago e reconhecida a presença do osso, o Sr. professor Oscar Bulhões procurou extrahil-o com o saca-balas americano. Sentiu o osso inteiramente fixo. Procurou, então, reconhecer, com o dedo indicador da mão esquerda, de que modo estava elle fixo. Verificou achar-se atravessado no esophago e preso ás paredes lateraes por dous pontos.

Munindo-se de forte pinça de sequestro, recta, fixou o osso pela parte média, e com o dedo procurou desprender do esophago uma das extremidades do osso. Extrahiu, então, um osso de fórma triangular, com 8 millimetros de espessura e 3 centimetros e 1/2 de diametro transverso, apresentando duas extremidades ponte-agudas, que momentos antes estavam encravadas na espessura do orgão.

A proposito da posição do corpo no esophago, disse o nosso mestre: « Se eu não pudesse alcançar o osso com o dedo, de modo a assim ajuizar de sua posição e desprendel-o, acredito que seria impossivel extrahil-o a menos que não quizesse produzir lesões gravissimas, que determinariam necessariamente uma mediastinite mortal ou mesmo uma morte subita por hemorrhagia.» (*Brazil Medico*, de 1 de Julho de 1896, pag. 222.)

Este caso demandou, portanto, muito mais cautela, muito mais argucia que os precedentes.

O esophago foi suturado, como nos casos precedentes; fez-se o mesmo curativo; alimentou-se do mesmo modo o doente.

Nos dias 14, 15 e 16 eram excellentes as condições do doente alimentado a leite e caldo.

A's 5 horas da madrugada do dia 17 o doente fallecia repentinamente. O Sr. professor Oscar Bulhões, acreditando ser a causa da morte independente da operação, ordenou a autopsia.

A autopsia, praticada no mesmo dia e na presença do Sr. professor, revelou atheroma dos grossos vasos e degenerescencia gordurosa do coração.

Retirado o esophago e fendido, foi encontrada a séde do corpo estranho, assignalada por duas perdas de substancias, profundas, determinadas pelas duas pontas do osso, interessando quasi todo o orgão, causa sem duvida de uma mediastinite septica, se por ventura o corpo estranho permanecesse por mais alguns dias.

A sutura da mucosa esophagiana mantinha-se ainda perfeita, com todos os pontos de sutura a catgut.

4ª OBSERVAÇÃO (pessoal)

CORPO ESTRANHO DO ESOPHAGO (DENTADURA DE VULCANITE, COM 2 INCISIVOS), EXTRAHIDO PELAS VIAS NATURAES.

João Augusto Maia, branco, brazileiro, 23 annos de idade, entrou para o nosso serviço a 8 de Outubro de 1896.

Referiu-nos o doente que, por esquecimento, pois não era costume, dormiu na noite de 7 para 8, sem tirar a sua dentadura e, pouco antes da meia-noite, acordou bastante suffocado. Introduzindo o dedo na garganta para procurar a causa d'aquelle estado, sentiu que impellia para baixo um corpo duro, percebendo desde logo ser a dentadura, por não se achar esta no logar.

Dissipou-se aos poucos a suffocação, mas, temendo novo accesso, resolveu immediatamente recolher-se ao hospital, o que fez á 1 hora da madrugada.

O doente podia deglutir alimentos liquidos, mas sómente aos golles.

Ao passar a visita, na manhã do dia 8, o Sr. professor Oscar Bulhões, depois de ouvir o doente, procurou examinal-o.

O exame do pescoço nada esclareceu. A exploração do esophago, com o dilatador de Trousseau, foi tambem negativa. Indicada pelo doente, como séde do corpo estranho, ora a porção cervical, ora a porção thoracica do canal, o Sr. professor Oscar Bulhões procurou fazer com a pinça de Collin uma ultima exploração no pharynge e parte superior do esophago, com o fim de, se encontrasse-o, segural-o immediatamente.

Foi encontrada a dentadura e com tanta habilidade apprehendida ,que o doente durante a operação não trahiu a minima dôr.

A alta foi dada no mesmo dia.

5ª OBSERVAÇÃO (pessoal)

CORPO ESTRANHO DO ESOPHAGO (DENTADURA DE VULCANITE COM 3 INCISIVOS), EXTRACÇÃO PELAS VIAS NATURAES.

Joaquim Antonio da Silva, pardo, idade 25 annos, ajudante de machinista, morador na Parahyba do Sul, admittido no serviço, na manhã de 28 de Outubro de 1896.

Interrogado pelo Sr. professor Oscar Bulhões durante a visita d'este mesmo dia, referiu que, na noite de 25 para 26, despertou com grande suffocação. Sentindo agudas dôres na garganta, attribuiu-as a ter engolido a dentadura de seu uso, por não a ter tirado á noite, ao deitar. Na manhã d'esse dia chamara um medico ; este e mais dous collegas lhe tinham feito varias tentativas de extracção, todas improficuas, terminando por aconselharem-lhe a recolher-se ao hospital da Misericordia, onde melhor poderia ser tratado.

O doente muito difficilmente podia deglutir, aos golles, agua ou leite. Ao fazel-o, sentia dôres fortes.

Pelo exame verificou-se achar-se o corpo fixado no esophago, mais ou menos ao nivel da 4ª vertebra dorsal. O dilatador de Trousseau, que penetrou até ao cardia, não accusou na entrada a presença do corpo estranho, mas na retirada, não só o tocou, como até levantou-o, de modo a tornal-o mais accessivel á pinça.

Verificada a presença e determinado mais ou menos o ponto de implantação do corpo no esophago, o Sr. professor Oscar Bulhões procurou extrahil-o com uma pinça de Collin.

A tentativa logrou completo exito.

Após a extracção, nada mais accusando o doente, além de pequena im pressão, obteve alta immediatamente.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

Physica medica

I

A velocidade do som varia com a natureza do meio em que este se produz.

II

O som se propaga mais rapidamente nos solidos do que nos liquidos, e n'este mais do que nos gazes.

III

O som não se produz no vacuo.

Chimica inorganica medica

I

O sodio é um metal mono-atomico, solido, dotado de brilho argentino e cujo peso atomico é 23.

II

Os compostos mais usados em medicina são o chlorureto, o bromureto, o iodureto, o bi-carbonato e o salicylato.

III

Os saes de sodio devem ser preferidos aos de potassio, visto sua maior innocuidade.

Botanica e zoologia medicas

I

O protoplasma — base physica da vida —, segundo Huxley, é uma substancia molle, gelatinosa, hyalina, incolor, que constitue a parte fundamental da cellula.

II

A composição chimica do protoplasma é ainda mal definida.

III

Ha vegetaes compostos unicamente de protoplasma.

Anatomia descriptiva

I

O esophago é um conducto musculo-membranoso, que se estende da extremidade inferior do pharynge ao estomago.

II

O esophago não tem um calibre uniforme, apresenta tres estreitamentos normaes.

III

O primeiro ao nivel da cartilagem cricoide, o segundo ao nivel da terceira vertebra dorsal e o terceiro ao nivel do orificio diaphragmatico.

Histologia theorica e pratica

I

Epithelio ou tecido epithelial é um conjunto de cellulas que reveste as superficies externa e interna dos animaes.

II

As cellulas epitheliaes são pavimentosas e cylindricas.

III

O epithelio da mucosa esophagiana é constituido por cellulas pavimentosas.

Chimica organica e biologica

I

A saccharose não reduz o licor cupro-potassico.

II

Só depois de invertida é que opera a reducção.

III

A reducção póde ser feita por qualquer acido mineral.

Physiologia theorica e experimental

I

A deglutição é a serie de actos mecanicos pelos quaes os alimentos e as bebidas são levados da bocca ao estomago, atravessando o isthmo da garganta, o pharynge e o esophago.

II

Esta travessia pharyngo-esophagiana se faz em 3 tempos.

III

O terceiro tempo passa-se no esophago.

Materia medica, pharmacologia e arte de formular

I

A fórma pilular é uma das mais commodas para a administração dos medicamentos.

II

A dosagem deve ser exacta para cada pilula.

III

Ha corpos que se não prestam á forma pilular.

Pathologia cirurgica

I

O esophago é percorrido no estado normal pelos corpos solidos, semi-solidos e liquidos de toda natureza.

II

Não ha corpo algum que por si mesmo mereça o nome de corpo estranho do esophago, assim como qualquer o póde ser.

III

E' na parada do corpo no esophago que reside o estado pathologico.

Chimica analytica e toxicologica

I

O melhor processo de dosagem da uréa na urina é o de Yvon.

II

A uréa se dosa n'este processo pela quantidade de azoto fornecido pela acção do hypo-bromito de sodio.

III

E' mais vantajoso o apparelho de Yvon, de agua, do que o de mercurio.

Anatomia medico-cirurgica

I

O esophago tem por limites extremos o pharynge e o estomago e occupa successivamente o pescoço, o peito e a parte mais elevada do abdomen.

II

Podemos, pois, considerar no esophago duas porções: a cervical e a thoracica.

III

A porção realmente cirurgica do esophago é a porção cervical. (Tillaux.)

Operações e apparelhos

I

A esophagotomia é uma operação destinada principalmente á extracção dos corpos estranhos do esophago.

II

O logar de eleição para esta operação é o lado esquerdo do pescoço.

III

A mortalidade decresce nas intervenções precoces.

Pathologia medica

I

A séde de predilecção das hemorrhagias cerebraes é a arteria do corpo estriado, chamada por Charcot—arteria hemorrhagipara.

II

Os symptomas da hemorrhagia cerebral variam com a intensidade, extensão e principalmente com a séde da lesão.

III

O prognostico é geralmente grave.

Anatomia e physiologia pathologicas

I

Os tres pontos estreitados do esophago são os logares de eleição para a parada dos corpos estranhos.

II

Os corpos irregulares e de extremidades ponte-agudas poderão parar, todavia, em qualquer outro ponto independente dos estreitamentos.

III

Das relações que o esophago mantem com orgãos circumvisinhos, podemos deduzir que a principal complicação das feridas esophagianas, produzidas por corpos estranhos, será a hemorrhagia.

Therapeutica

I

A medicação anesthesica divide-se em local e geral.

II

Entre os anesthesicos locaes, notam-se a cocaïna e o chlorureto de ethyla.

III

Entre os anesthesicos geraes, sobresahem o chloroformio e o ether.

Obstetricia

I

O melhor meio de proteger o perineo é sustentar a cabeça do feto.

II

Lentidão e boa direcção das forças são os meios de evitar as rupturas.

III

A episiotomia nem sempre dá resultado.

Medicina legal

I

A presença da bossa sero-sanguinea em fetos mortos não indica que houvessem nascido vivos.

II

Têm-se observado bossas sero-sanguineas em fetos mortos antes do trabalho.

III

A theoria da compressão é, portanto, falha.

Hygiene e mesologia

I

A mortalidade infantil depende quasi sempre de affecções do tubo gastro-intestinal.

II

O aleitamento artificial é um poderoso factor d'esta mortalidade.

III

O aleitamento materno deve ser sempre indicado, salvo molestias graves nas mães.

Pathologia geral

I

A herança é a transmissibilidade, aos seres procreados, dos defeitos e predisposições morbidas de seus progenitores.

II

A herança morbida é facto que não soffre contestação.

III

A herança morbida não é fatal.

Clinica cirurgica - 2ª cadeira

I

O diagnostico de corpo estranho no esophago é, na maioria dos casos, relativamente facil.

II

O prognostico varia conforme a natureza do corpo, seu ponto de implantação e a época do accidente, por isso é sempre reservado.

III

O tratamento se limitará a um dos tres methodos: extracção pela bocca, propulsão para o estomago e a esophagotomia externa.

Clinica dermatologica e syphiligraphica

I

O lupus é uma affecção da pelle e das mucosas.

II

Está hoje geralmente admittida a natureza tuberculosa d'esta affecção.

III

Em doentes acommettidos d'esta affecção, Koch fez, com bom resultado, as primeiras experiencias com a sua tuberculina.

Clinica propedeutica

I

A percussão é, dos meios propedeuticos, o mais empregado.

II

Fornece valiosos dados no diagnostico das affecções thoracicas e abdominaes.

III

Tem pouco valor nas affecções craneanas.

Clinica cirurgica - 1.ª cadeira

I

No diagnostico dos corpos estranhos do esophago, dous são os factos principaes: assignalar não sómente o ponto de implantação, como tambem a realidade do obstaculo.

II

Muitas vezes o obstaculo tem-se removido espontaneamente e a impressão ainda se conserva por algum tempo.

III

Por isso é de regra, aos commemorativos do doente juntar-se o exame directo.

Clinica obstetrica e gynecologica

I

O tratamento prophylactico da eclampsia consiste na dieta lactea absoluta.

II

Em caso de albuminuria abundante, devemos provocar o parto prematuro.

III

O tratamento curativo da eclampsia é ainda incerto.

Clinica ophthalmologica

I

A ophthalmia purulenta dos recem-nascidos depende do microbio da blennorrhagia.

II

O methodo de Credé é o melhor meio prophylactico.

III

Os meios curativos são sempre as cauterisações pelo nitrato de prata e as lavagens abundantes pelo permanganato de potassio e pelo acido borico.

Clinica medica - Iª cadeira

I

As altas temperaturas são prejudiciaes á vida do doente.

II

O emprego dos antithermicos nem sempre é seguido de resultado.

III

O melhor meio antithermico é a balneação.

Clinica psychiatrica e de molestias nervosas

I

A sclerose em placas depende muitas vezes da syphilis.

II

Os symptomas varíam com a localisação da lesão.

III

Esses symptomas constituem perturbações motoras, sensitivas e trophicas.

Clinica pediatrica

I

A tuberculose infantil é mais frequente do que se suppunha.

II

A fórma clinica é a meningite.

III

Em geral, os paes do doente são tuberculosos.

Clinica medica - 2ª cadeira

I

Na tuberculose pulmonar em germinação o diagnostico é, em geral, possivel, difficil e sempre necessario; é o *diagnostico precoce*. (Grancher).

II

O primeiro pulmão acommettido é, na maioria dos casos, o esquerdo.

III

A tuberculose principia a processar-se geralmente pelo apice.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Quœ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quœ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quœ vero ignis non sanat, ea insanabilia reputare portet.

(Sect. VII. aph. LXXXVIII)

II

Ad extremos morbos extremos remedia, exquisite optima.

(Sect. I. aph. VI.)

III

Cibus, potus, venus, omnia moderata sint.

(Sect. II. aph. VI.)

IV

Natura corporis est in medicina principium studii.

(Sect. II. aph. VII.)

V

Somnus, vigilia, utraque si modum excesserint, morbus.

(Sect. VII. aph. LXXIII.)

VI

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, experientia fallax, judicium difficile.

(Sect. I. aph. I.)

Visto.—Secretaria da Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro, 6 de Novembro de 1896. — Dr. Eugenio de Menezes.